

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS FROIDS TUBAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1938

PAR

Jean-Gabriel LACAUSSE

Né à BELUS (Landes), le 30 mai 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président
		PAPIN, professeur	Juges.
		JEANNENEY, professeur	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548617_0047

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS FROIDS TUBAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1938

PAR

Jean-Gabriel LACAUSSE

Né à BELUS (Landes), le 30 mai 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président
		PAPIN, professeur	Juges.
		JEANNENEY, professeur	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale MAURIAC.	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique GUYOT.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants CRUCHET.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique WANGERMEZ.
Anatomie VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques BONNIN.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Chimie CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Botanique et matière médicale GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie CREYX.
Pharmacie VITTE.	Clinique odonto-stomatologique DUBECQ.
Physiologie FABRE.	

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUFOUR.	Chirurgie générale LOUBAT.
id. N.	id. MASSÉ.
Physiologie N.	id. DARGET.
Médecine générale PIÉCHAUD.	id. N.
id. DELMAS-MARSALET.	Obstétrique RIVIÈRE.
id. DE GRAILLY.	Ophthalmologie BEAUVIEUX.
id. FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie DESPONS.
id. BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie JOULIA.
id. DERVILLÉE.	Physique médicale N.
id. N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie N.
Chirurgie générale CHARRIER.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Anatomie J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut. que AURIAC.
Physiologie PETITEAU.	Médecine légale DERVILLÉE.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Urologie DARGET.
Accouchements RIVIÈRE.	Botanique GIRARD.
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET.	Bactériologie MOUREAU.
Puériculture FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique POPLAWSKI.
Pharmacie galénique MESNARD.	Chimie minérale CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.	

Ophtalmologie MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Je suis heureux de pouvoir te dédier cette thèse. C'est un bien faible gage de ma reconnaissance.

L'exemple de bonté et de droiture que tu m'as donné me guidera dans la vie.

Trouve ici surtout le témoignage de mon profond attachement.

A MA MERE

A toutes les heures de la vie, j'ai trouvé près de toi une tendre indulgence qui me faisait apprécier davantage, chaque fois, ton amour.

Puissé-je te rendre un peu de tout le bonheur que je te dois.

A MA SOEUR

Elle aura toujours ma plus vive affection.

A MON BEAU-FRERE

A MON FILLEUL

Tant que je le pourrai, j'essaierai de l'aider avec le meilleur de moi-même.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-MERES

A LA MEMOIRE CHERIE DE MA TANTE

Je garderai toujours sa pensée dans mon cœur avec le souvenir de sa nature d'élite. Je n'oublierai jamais l'affectueuse tendresse qu'elle me prodiguait tout enfant.

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN

GEORGES BERGES

Chevalier de la Légion d'honneur,

De l'âme de ce grand artiste, j'ai toujours admiré cette franche bonté qu'il prodiguait sans réserves.

J'essaierai, au cours de la profession qu'il voulut pour moi, de montrer que le souvenir de cet être exceptionnel est toujours dans mon cœur.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR THÉODORE LACAUSSE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

JEAN-BAPTISTE LACARRET

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

AU DOCTEUR PIERRE PERUS

Tu as toute mon amitié.

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR JEAN VILLAR

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous a inspiré cette thèse et nous
a guidé dans notre travail.

Je veux lui dire toute ma reconnaissance
et mon respectueux attachement.

A TOUS MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

*Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous avons toujours été séduit par
votre enseignement si simple et si
concis.

Vous nous faites le grand honneur de
vouloir faire partie de notre jury de
thèse, croyez à notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. VILLEMIN

*Professeur d'Anatomie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Officier de Sainte-Anne de Russie*

Nous avons à différents moments de
nos études trouvé auprès de lui l'aide
et le réconfort.

Qu'il soit assuré de notre profonde
gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Nous n'oublierons jamais l'accueil paternel que vous nous avez toujours réservé, l'exemple que vous nous avez donné et l'enseignement clinique si clair et si précis que vous nous avez prodigué au cours des stages que nous avons faits dans votre service.

Vous nous faites aujourd'hui le grand honneur de bien vouloir présider cette thèse; veuillez croire à notre plus profonde gratitude.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS FROIDS TUBAIRES

INTRODUCTION

De toutes les localisations génitales de la tuberculose, la localisation tubaire est incontestablement la plus fréquente. La trompe est en quelque sorte le point d'élection des lésions tuberculeuses, et la muqueuse tubaire semble constituer pour le bacille de Koch un terrain de développement approprié. En 1902, J.-L. Faure écrivait : « En pratique la tuberculose génitale se réduit à la tuberculose des annexes. » Déjà, Brouardel, en 1867, signalait la fréquence du retentissement de la phtisie sur les organes génitaux de la femme. Les nombreuses observations publiées depuis mettent bien en relief cette affinité particulière du bacille tuberculeux pour l'appareil génital de la femme.

Parmi tous ces travaux ayant trait à la tuberculose annexielle, de nombreux cas de collections purulentes tubaires ont été signalés : pyosalpinx tuberculeux et abcès froids tubaires, ce sont ces derniers qui vont faire le but de notre étude.

Qu'entend-on par abcès froid tubaire ?

En 1908, Albertin, de Lyon, et son élève Bertrand l'ont ainsi défini : « Les localisations tuberculeuses chroniques d'emblée, évoluant à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott, et rappelant par son évolution insidieuse, sa symptomatologie fruste, ses dimensions et les caractères du pus, l'abcès par congestion. » Plus tard, Eloy entendait

sous la dénomination d'abcès froid tubaire : « Toute collection purulente froide, de nature tuberculeuse, développée dans la trompe, quel que soit le volume de cette collection, qu'elle occupe la totalité ou une partie seulement de la cavité tubaire. »

Il semble que l'abcès froid tubaire, mis en évidence par J.-L. Faure, Albertin et Bertrand, constitue un groupe de supurations tuberculeuses bien individualisées. L'abcès froid tubaire, poche à paroi lisse et scléreuse, exempte d'adhérences, mobile dans le ventre, est une lésion bien différente des autres tuberculoses génitales.

Habituellement, les deux trompes sont atteintes : l'abcès froid est bilatéral. Patel, opérant un abcès froid unilatéral et l'enlevant seul, dut réintervenir pour une récurrence identique, et la malade d'Abadie n'est restée guérie que deux ans.

Dans ces formes, la tuberculose reste beaucoup plus localisée, l'évolution extensible et envahissante est faible, les annexes sont libres, les lésions péritonéales nulles ou des plus discrètes, et ainsi des collections purulentes énormes peuvent se constituer sans contracter d'adhérences avec les organes voisins.

Le contenu de ces abcès est un pus grumeleux mal lié; la paroi interne de la trompe est une membrane tuberculogène. Les caractères très spéciaux de ces abcès froids de la trompe ne diffèrent en rien de ceux qui se développent ailleurs, et, en 1902, J.-L. Faure signalait que, « dans ces cas, la trompe contient tantôt du pus grumeleux, mal lié, peu homogène, tantôt du pus verdâtre crémeux, et que la paroi irrégulière et tomenteuse est recouverte d'une couche puriforme plus épaisse et plus condensée, qui rappelle à s'y méprendre celle des abcès froids ».

Le tableau clinique si particulier et le traitement uniquement chirurgical de cette forme de tuberculose tubaire justifie davantage encore son individualisation dans le cadre nosologique. Nous devons au Docteur Jean Villar, qui nous a inspiré cette thèse, une observation typique d'un de ces abcès froids tubaires, observation que nous retrouverons plus loin.

ETIOLOGIE

Si l'abcès froid tubaire constitue une entité clinique indéniable, son étiologie se confond avec celle de la tuberculose tubaire et de la tuberculose génitale en général, car il ne s'agit ici que d'une réaction particulière de la trompe vis-à-vis du bacille de Koch.

C'est un vieux débat que celui des portes d'entrée du bacille tuberculeux, et plus spécialement des raisons de sa localisation sur l'appareil génital.

Il est entendu que, dans l'immense majorité des cas, la tuberculose génitale féminine n'est pas une lésion primitive au sens vrai du mot, c'est-à-dire anatomique : elle est associée et secondaire à un chancre d'inoculation de tuberculose, qui est situé dans quelque autre organe.

L'ascendance ne joue chez ces malades qu'un rôle banal. On ne peut faire de la tuberculose tubaire une affection héréditaire. Cette empreinte de souche tuberculeuse a été remarquée sous forme d'état hypoplasique de l'appareil génital, qui représente aussi une condition favorable au développement sur place des produits tuberculeux.

D'après les statistiques publiées au sujet de la tuberculose tubaire, il semble qu'elle peut se rencontrer à tous les âges (Brouardel, Gombault et Cornil). Il faut admettre, d'après les travaux récents, que la tuberculose tubaire est une maladie de la vie sexuelle, « la vie utérine », comme le disait Brouardel. En règle générale, elle se révèle après la puberté. N'est-il pas habituel que la tuberculose frappe les organes en pleine activité, et par exemple les os pendant la période de croissance ?

Si la tuberculose tubaire et les abcès froids se révèlent cli-

niquement avec un maximum de fréquence chez des femmes ou des jeunes filles de 20 à 30 ans, il est logique cependant, étant donné la lente évolution de ces affections, d'en rapporter le début réel beaucoup plus tôt, c'est-à-dire à l'époque de la puberté. D'ailleurs, chez ces malades, l'apparition des règles est souvent tardive; ce qui semble correspondre à un état d'hypoplasie génitale. A cette époque, les organes génitaux de la femme subissent une évolution active, faite de congestions intenses, et sont en plein développement physiologique. La localisation de la tuberculose au niveau de ces lieux de moindre résistance apparaît comme un fait rationnel.

Cependant, on observe des recrudescences de tuberculose génitale pour lesquelles il ne faut pas nier l'influence de divers épisodes de la vie génitale : les rapports sexuels et le mariage, les infections génitales et enfin la grossesse et la menstruation.

Les rapports sexuels réveillent en les congestionnant les lésions anciennes et latentes.

La gonococcie a été invoquée comme cause préparante et a été considérée comme le lit de la tuberculose, exactement comme cela se produit pour la vessie ou l'épididyme.

Bien que la grossesse soit peu fréquente chez les femmes atteintes de tuberculose génitale, elle peut se produire cependant, mais elle constitue un risque non négligeable d'aggravation des lésions tuberculeuses.

Quant on lit les observations cliniques publiées en 1920 par Lenormant et Moulonguet, on remarque que, sur 16 observations, 7 démontrent que les premiers accidents cliniques se sont manifestés pendant la période menstruelle, ou bien qu'à l'occasion de plusieurs menstruations successives, ils se sont répétés, progressivement aggravés.

PATHOGENIE

Nous allons voir maintenant s'il y a une cause qui puisse justifier l'électivité du bacille de Koch pour la trompe.

Des causes anatomiques ont été invoquées par Jacobson et Donders : avascularisation du territoire situé aux confins de la branche tubaire de l'artère utérine et de la branche tubaire de l'artère ovarienne.

Bernheim, au XII^e Congrès de médecine de Paris, insiste sur le fait suivant : « Les trompes sont très souvent infectées par suite de l'étroitesse de leur cavité assimilable à un vase clos, à cause aussi de la multiplicité des plis et replis tubaires et de leur revêtement épithélial. » Opinion partagée par Hégar et Gippel.

Nous savons ce qu'il faut penser du rôle des lésions inflammatoires antérieures et de la menstruation.

Nous nous contenterons de signaler, d'une part, les troubles physiologiques auxquels est soumise la trompe d'une façon incessante (surtout l'hyperhémie de la puberté), et, d'autre part, l'état d'hypoplasie de certains organismes prédisposés.

L'enkystement du pus à la partie distale de la trompe trouve une explication dans la plus grande élasticité de cette portion. La lésion, se localisant initialement sur la muqueuse tubaire saine jusque-là, amenant l'oblitération de l'ostium abdominal et produisant une suppuration continuelle, le pus s'accumule sous tension et amène la distension de la trompe, surtout marquée au niveau de l'ampoule.

Quelle est la voie suivie par le bacille de Koch ?

a) INFECTIONS EXOGÈNES. — Nous ne retiendrons pas les infections venues du dehors par contact, qui sont extrêmement rares. Cohnheim, Verneuil, Verchère, ont affirmé la conta-

gion sexuelle entre un homme tuberculeux et sa compagne. Murphy a donné une observation de ce type. Il semble cependant que ce ne soit spécialement qu'une lésion tuberculeuse du col utérin qui puisse relever d'une contagion sexuelle (Croll).

b) INFECTIONS ENDOGÈNES. — La voie lymphatique ne semble pas devoir être retenue à cause du manque d'adhérences des abcès froids tubaires avec les organes voisins.

La véritable voie de tuberculisation de la trompe est la voie sanguine. Nous n'envisagerons pas de savoir ici si la tuberculose tubaire est primitive ou secondaire. Il semble bien qu'elle doive suivre la même route que la tuberculose urinaire à partir d'un premier foyer, d'un premier chancre d'inoculation.

*
**

Pourquoi la trompe infectée réagit-elle si diversement vis-à-vis du bacille de Koch, au point de produire des formes anatomiques si variées ?

Au point de vue général, les abcès froids produisent des manifestations atténuées de la tuberculose; il doit en être de même des abcès froids tubaires. Nous avons vu qu'ils se développent sur des trompes saines en l'absence de toute tuberculose évolutive de voisinage. Il apparaît que, pour que l'abcès froid tubaire puisse se réaliser, il s'agisse d'un bacille à virulence faible se localisant sur une muqueuse saine.

Il existe probablement une liaison étroite entre les abcès froids tubaires et les hydrosalpinx tuberculeux. Peut-être ces derniers sont-ils une des formes des lésions tuberculeuses latentes de l'appareil génital. Waser se demande, à propos de l'observation d'hydrosalpinx tuberculeux publiée par Schroeder, si cette lésion ne peut pas être causée par la transformation tardive d'un abcès froid tubaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abcès froid tubaire constitue une collection purulente qui peut parfois être énorme. Son volume peut atteindre celui d'un melon; on en a même rencontré qui contenaient 4 litres de pus (Jeannel). Les petits abcès froids peuvent être pelviens, les gros sont toujours abdominaux.

Habituellement, les deux trompes sont atteintes : l'abcès froid est généralement bilatéral. Piqué et Abadie ne comp- taient que 4 cas unilatéraux. Il ne faut pas s'arrêter à ces exceptions, et mieux vaut se méfier de ces abcès froids n'in- téressant qu'une seule trompe. Patel, déjà cité, a publié un cas de récurrence quatre mois après salpingectomie unila- térale pour un cas d'abcès froid tubaire. La trompe demeu- rée en place ne présentait cependant, lors de la première intervention, aucune lésion macroscopique de tuberculose (voir observation). Dans un cas analogue d'Abadie, la guéri- son n'a duré que deux ans. L'unilatéralité semble donc provisoire.

*
**

Le siège est variable. Dans le cas de notre observation, ces abcès flottent librement de chaque côté de l'utérus. Tan- tôt ils peuvent occuper le Douglas et ils peuvent même quel- quefois monter au-dessus du détroit inférieur et occuper à la fois une situation pelvienne et abdominale.

Leur lieu d'élection est en général la partie externe de la trompe. Ils sont reliés à l'utérus par un pédicule constitué

par les parties isthmiques et interstitielles. Il y a comme une distension de la trompe par le pus; les parties les plus élastiques constituant un réservoir et se laissant distendre.

La trompe peut prendre, comme le montre le cliché qui figure dans ce travail, la forme d'une petite banane.

La surface extérieure présente des caractères particuliers. L'aspect de la trompe est nacré, blanc bleuâtre, ressemblant à première vue à un vieux kyste ovarique. La paroi est lisse et régulière, exempte d'adhérences. Ces aspects anatomiques de l'abcès froid tubaire expliquent que le chirurgien soit quelquefois resté dans le doute sur la nature de la lésion qu'il rencontrait. L'absence de granulations tuberculeuses sur le péritoine n'écarte-t-elle pas tout d'abord du diagnostic de tuberculose ? C'est ainsi que l'examen histologique seul en a démontré l'origine.

Ces pyosalpinx sans adhérences signalés par Delbet n'étaient-ils autres que des abcès froids tubaires : « Des trompes pleines de pus entraînées par leur propre poids tombent en arrière de l'utérus sans qu'il se développe de péri-tonite; elles peuvent y rester sans contracter d'adhérences. C'est là un fait curieux, réel, mais très rare. »

Le pus se trouve dans la trompe en cavité close. Les orifices de sorties des trompes, en effet, sont bouchés. Le pavillon de la trompe a disparu et l'ostium abdominale est oblitéré. Il n'en est pas toujours de même pour l'ostium uterinum. Mais sa dimension est si petite que c'est là un détail sans grosse importance.

La surface interne de la trompe a perdu son aspect, il n'existe plus de replis pouvant rappeler les villosités de la muqueuse tubaire, elle ressemble somme toute à la membrane pyogénique de tout abcès froid; la paroi interne de la trompe est une membrane tuberculogène. La constitution histologique de la paroi permet de reconnaître la structure des trompes avec des lésions tuberculeuses surajoutées.

La couche musculaire a disparu et est remplacée par du tissu fibreux; c'est dans la muqueuse et la sous-muqueuse

que l'on rencontre des lésions tuberculeuses : nombreux follicules tuberculeux avec cellules géantes.

Le contenu est un liquide puriforme. C'est un pus tuberculeux, mal lié, rappelant celui d'un abcès froid ordinaire. Ce pus contient-il des bacilles de Koch ? Peu en ont décelé, et nous ne les avons pas recherchés. Cependant, les Allemands, par des procédés variés, en ont mis quelquefois en évidence (Yung). Mais il doit s'agir là de cas très rares.

SYMPTOMES

D'après ce que nous avons vu jusqu'à maintenant, nous pouvons déjà supposer que les abcès froids tubaires vont évoluer insidieusement et à bas bruit. La symptomatologie sera des plus discrètes, avec l'absence ou la banalité des phénomènes généraux. Il faut cependant reconnaître que le cadre clinique où les différents signes se meuvent reste toujours à peu près identique.

Faisons remarquer tout d'abord qu'il est presque impossible de remonter à la période exacte du début de l'affection. Notre malade, opérée en novembre 1937, a commencé à présenter quelques douleurs dans la fosse iliaque droite en février 1936. La malade de Lapeyre (voir observation) a commencé à souffrir du ventre en 1927, et sa symptomatologie ne s'est complétée qu'en 1931, après une période de latence de plus de trois ans, ce qui met bien en relief cette « évolution insidieuse » d'Albertin.

A la période d'état, les symptômes subjectifs n'ont pas une signification bien nette.

Le premier, le plus important, celui qui est signalé dans toutes les observations, c'est la douleur. Le plus souvent, il ne s'agit que de simples pesanteurs, d'une sensation de gêne ou de tension pelvienne, avec irradiations imprécises. Cette douleur, comme le montre notre observation, est intermittente, avec des périodes d'accalmie. Ce symptôme douleur peut demeurer longtemps inchangé, et tout processus douloureux aigu d'un abcès froid tubaire nous semble devoir être rapporté à des accidents de rupture et de torsion (obs. Hamant).

Egalement le syndrome fonctionnel est frusté.

Il est remarquable que ces collections purulentes tubaires puissent se constituer sans amener de troubles notables du côté des organes pelviens. En effet, chez notre malade et dans les observations que nous citons, à part le cas de Patel, où les règles augmentaient de fréquence, nous ne trouvons à la vérité rien de caractéristique à signaler. On note rarement des pertes blanches, et on ne peut mettre en évidence nette un trouble menstruel : une fois, oligoménorrhée; pas d'aménorrhée, comme on pourrait s'y attendre.

De même que la fonction des organes contenus dans le petit bassin est peu troublée, on doit remarquer la quasi-absence d'amaigrissement. L'amaigrissement minime ou inexistant, parfois un certain état de faiblesse générale : voilà tout ce que nous devons retenir.

Il est assez normal, dans ces conditions d'état général satisfaisant, que la fièvre fasse défaut. C'est à peine si l'on trouve quelques exacerbations vespérales plus marquées au moment des crises. D'ailleurs, le peu de netteté des oscillations thermiques peut servir d'orientation vers la bacillose, lorsque le diagnostic d'une affection tubaire aura été établi.

A côté de ce syndrome fonctionnel, où l'on ne trouve rien de caractéristique, et de ces épisodes douloureux isolés, y a-t-il objectivement des signes pathognomoniques des abcès froids tubaires ?

L'augmentation du volume du ventre, qui a été le premier signal dans trois cas de Bertrand, ne se rencontre que très rarement. Il faut pour cela de très grosses collections purulentes ayant quitté le petit bassin pour remonter dans les fosses iliaques et devenir apparentes. L'inspection dans les cas que nous relatons ne peut donner aucun résultat.

La palpation, elle non plus, n'a pu être, dans l'examen de notre malade, d'un bien grand secours. Le palper, jamais douloureux, a cependant permis de sentir dans certaines observations, une ou deux masses plus ou moins distinctes.

La percussion, en l'absence d'anses intestinales à ce ni-

«eau, peut faire apprécier une tuméfaction dont la matité rappelle en tous points celle d'un kyste de l'ovaire.

L'exploration abdominale ne donnant que de très faibles renseignements, voyons si le toucher vaginal nous donne des indications plus précises ? Celui-ci permet de sentir une masse occupant les deux culs-de-sac. L'utérus est libre. Souvent sa position est modifiée par le tiraillement dont il est l'objet. Il est toujours bien limité et apparaît indépendant de la tumeur.

Le toucher rectal montre de chaque côté de l'utérus et dans le cas de bilatéralité des masses séparées qui ne sont pas bloquées.

Burger, Wasser, par l'exploration vaginale, ont bien délimité des masses rénitentes et indolores. Nous ne croyons pas qu'il en est fréquemment de la sorte. Ces tumeurs mobiles sous le doigt, libres dans la cavité pelvienne, se laissent facilement déprimer. La main vaginale rejoint la main abdominale, et on ne peut arriver à apprécier la forme et le volume de ces abcès froids tubaires.

Les signes physiques ne correspondent pas du tout à ce que l'on trouve après la laparotomie.

COMPLICATIONS

A côté de ces signes traduisant l'évolution normale des abcès froids tubaires, deux complications particulières peuvent survenir : la rupture, la torsion.

La rupture est à la vérité extrêmement rare. Nous n'en avons trouvé que trois cas dans la littérature : Thiers (voir observation), Camelot, qui croit à l'appendicite parce qu'il y avait de la contracture (38°5) et que sa malade était vierge. Il trouve un pyosalpinx fissuré. Et, au Congrès de gynécologie de 1933, notre Maître éminent le Professeur Guyot signalait : « un cas que j'ai opéré il y a quelques années. Il s'agissait d'une femme diabétique ayant présenté des accidents aigus de perforation. A la laparotomie, je constatais l'existence d'un volumineux pyosalpinx tuberculeux perforé avec un large orifice par lequel le pus s'écoulait en péritoine libre ».

Cette rareté vient de ce que la trompe, hormis des cas exceptionnels, ne renferme jamais des quantités considérables de liquide, et l'élasticité de la paroi tubaire lui permet de résister à une distension qui est toujours très modérée.

Comme la symptomatologie de l'abcès froid est toujours très fruste, le diagnostic de rupture est un diagnostic qu'on ne peut pas poser, et on se trouve alors en face d'un tableau clinique ressemblant étrangement à celui de la rupture de grossesse extra-utérine. C'est d'ailleurs l'erreur qui a été commise par Thiers.

Une telle confusion, comme toutes celles qui peuvent être faites dans ce cas (rupture d'un kyste de l'ovaire, pyosal-

pinx, hémato-salpinx, hydro-salpinx, perforation), ne présente pas par elle-même un élément fâcheux, puisque, dans tous ces cas, l'intervention d'urgence s'impose.

Bien plus fréquente est la torsion. Dans 15 p. 100 des cas, l'abcès froid se révèle de cette manière. Sa mobilité, due au manque d'adhérences, et sa pédiculisation lui permettent en effet de se tordre.

La torsion des abcès froids tubaires signalée par Pompe Von Merdervoort n'est pas tellement exceptionnelle : nous en avons trouvé 4 observations récentes. C'est une douleur abdominale vive qui révèle cet accident. Elle est l'indication d'une laparotomie d'urgence (Weiss et Mathieu) ou retardée : six mois après, dans le cas de Hamant, qui trouve le pédicule de l'abcès tordu 3 fois; neuf mois après dans l'observation de Lapeyre. La douleur de la torsion peut même être extrêmement atténuée, comme dans l'observation de Chastenet de Géry et Lacroix. Quand la torsion tubaire se fait par étapes, elle donne lieu à des paroxysmes douloureux.

On peut dire que le diagnostic de torsion ne se fait qu'au cours de l'intervention.

DIAGNOSTIC

L'étude de la symptomatologie n'apporte aucun signe probant de diagnostic.

Tout au plus y a-t-il un ensemble de symptômes, surtout lorsqu'on peut soupçonner dans les antécédents de la malade une première atteinte bacillaire, qui aiguillent le diagnostic vers l'idée d'un abcès froid tubaire. Et alors la douleur, l'absence de troubles menstruels ou de pertes blanches coexistant avec la présence d'une ou deux masses salpingiennes libres dans le petit bassin, et surtout l'absence de signes généraux, peuvent permettre de poser le diagnostic.

Bien que l'attention des gynécologues soit attirée depuis quelques années sur cette forme de tuberculose, il peut arriver qu'on laisse égarer le diagnostic d'abcès froid tubaire.

Les erreurs les plus fréquentes et habituellement commises sont : de prendre ces masses pour des kystes de l'ovaire, et, erreur plus grave, qui n'est pas d'ignorer la nature tuberculeuse des lésions, mais bien leur forme anatomique. Dans ce cas, les conséquences sont des plus fâcheuses pour la conduite du traitement. Ainsi notre malade a été traitée sans résultats par les rayons X. La malade de Lapeyre n'a pas bénéficié de divers agents thérapeutiques : Méthode de Finnihoff, rayons ultra-violets, vaccin de Vaudrerner, alors qu'il n'y a qu'une conduite à tenir : l'exérèse chirurgicale, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Pour le kyste de l'ovaire, l'erreur n'a aucune importance pratique, puisque l'indication opératoire est la même. Notons

que le kyste de l'ovaire est plus volontiers unilatéral, volumineux, bosselé, et reconnaissons cependant que la clinique ne fournit pas d'appoints suffisants pour éviter l'erreur avec un petit kyste ovarique bilatéral lorsque les signes de tuberculose manquent complètement, comme chez la malade de Burger.

L'histoire clinique actuelle ou passée ne permet pas de confondre un abcès froid tubaire avec un pyosalpinx de nature blennorrhagique ou puerpéral. La grossesse tubaire, avec ses signes particuliers, est d'évolution trop rapide pour permettre l'erreur.

Quoique rare, l'abcès froid tubaire, avec son tableau particulier, doit pouvoir être isolé en clinique.

Ce sont les antécédents qui ont guidé Hamant pour reconnaître un double abcès froid qui simulait un fibrome utérin. Dans le cas de Delore et Aigrot, ce sont les antécédents d'ascite tuberculeuse à 49 ans qui eussent pu, à 33 ans, mettre sur la voie du diagnostic étiologique en présence d'un double abcès froid de petit volume. Binet et Duroch disent que le diagnostic d'abcès froid s'imposait dans leur observation grâce à la triade de Lenormant : « On y pensera chez les femmes qui, avec des signes physiques de salpingite bilatérale, ont des antécédents héréditaires ou personnels tuberculeux, chez celles dans le passé génital desquelles on ne retrouve pas les causes habituelles de l'infection utéro annexielle; on y pensera aussi en présence de salpingite tuberculeuse à évolution froide. »

En résumé, bien que son diagnostic soit difficile, il est permis de penser à l'abcès froid tubaire lorsqu'on a affaire à une femme jeune, sans passé génital, présentant dans ses antécédents des signes même légers d'imprégnation bacillaire, et portant une ou fréquemment deux tumeurs pelviennes, libres, dépressibles, à évolution lente, sans que son état général soit altéré.

Nous ne dirons qu'un mot du diagnostic « le ventre ouvert », qui ne présente pas les mêmes difficultés que celui

des annexites tuberculeuses, pour lesquelles il faut pratiquer systématiquement un examen anatomo-pathologique minutieux (Guyot et Labbé). Dans notre cas, l'hésitation n'était pas permise pour reconnaître ces tumeurs typiques de consistance molle, d'aspect blanchâtre, libres dans la cavité pelvienne, avec de très rares adhérences vélamenteuses.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces malades se confond naturellement avec le pronostic de leur bacillose, localisée en général à d'autres foyers : Pott lombaire dans notre observation.

Ce pronostic dépend du traitement. Actuellement, l'avis est partagé sur les différents modes d'intervention, et plus nombreux sont les chirurgiens qui préconisent dans le cas d'abcès froid tubaire l'opération conservatrice. Nous discutons cette question au chapitre du « Traitement » et nous faisons ressortir l'immense avantage de la castration chez les tuberculeuses.

TRAITEMENT

Il est admis en thérapeutique chirurgicale que tout foyer de tuberculose localisée doit être enlevé. Aucune contre-indication ne vient diminuer la force de cet axiome dans le cas d'abcès froid tubaire. Deux faits, au contraire, viennent appuyer cette doctrine. Il n'est pas sans danger de laisser dans l'abdomen deux poches pleines de pus, qui peuvent se rompre, comme nous l'avons vu. De plus, les risques de torsion, qui commandent une intervention d'urgence dans des conditions plus dangereuses, doivent être envisagés.

Les traitements médicaux et physiothérapiques ne peuvent être envisagés comme moyens curatifs. S'ils ont donné des résultats véritables dans certains cas de tuberculose annexielle, ici, il ne saurait en être question. Les essais qui ont été faits sur notre malade en ont donné la preuve.

Le traitement chirurgical s'impose dès que le diagnostic est posé. Il présente de nombreux avantages. L'opération est rapide, et l'absence d'adhérences évite les fistulisations possibles.

Nous ne discuterons pas la voie à choisir. La voie abdominale réunit d'ailleurs tous les suffrages, et, dans tous les cas d'abcès froids tubaires, ceux-ci ont été opérés par laparotomie sous-ombilicale.

Si, à ce sujet, l'avis est unanime, l'accord est loin d'être établi sur le point de savoir si, en présence d'un abcès froid tubaire bilatéral (et ils le sont presque tous), on doit faire une opération conservatrice ou une castration.

Cure radicale ou conservatrice ? Beaucoup de chirurgiens, comme cela ressort des observations publiées, ont une préférence marquée pour le traitement conservateur.

Et pourtant, il offre de nombreux inconvénients. La tuberculose s'étendant à l'utérus dans les deux tiers des cas d'après Simmonds, dans la moitié des cas d'après Kronig, les conservateurs sont à la merci de voir réapparaître des récidives : récidives utérines, récidives utéro-pelviennes, fistules, qui viennent singulièrement assombrir le pronostic, avec, en plus, les risques de l'intervention secondaire.

Ce n'est pas tout : après l'opération conservatrice, les femmes souffrent encore et présentent des troubles de dysménorrhée; les accidents locaux et généraux persistent. Nous ne retenons pas ces interventions, qui tendent à garder les fonctions de fécondation; les chances de stérilité sont énormes, et pourquoi faire courir, en plus, à ces malades, l'aggravation de leur bacillose par une grossesse ?

Pour ces raisons et l'immense avantage que présente la castration chez les bacillaires (Guyot et Jean Villar), nous préconisons la cure radicale.

Ainsi, nous ne voyons plus ce syndrome douloureux menstruel engendrant la fièvre et déprimant ces pauvres tuberculeuses, qui, en quelques jours, perdent le bénéfice de plusieurs semaines de cure. Bien au contraire, nous constatons vite, comme chez notre malade, une amélioration locale et générale.

Ces opérées engraisent.

L'intervention de choix est donc pour nous l'hystérectomie subtotalé, sans drainage abdominal, avec greffe ovarienne si possible (Douay).

Ce traitement doit être complété par une cure sanatoriale d'au moins un an, et ainsi nos opérées peuvent bénéficier de tous les bienfaits de l'héliothérapie.

La seule raison, comme nous l'a fait remarquer notre Maître le Professeur Papin, qui dicterait au chirurgien la non-castration, viendrait de ce que, après une erreur de diagnostic, avec un kyste de l'ovaire par exemple chez une jeune fille ou une jeune femme sans enfant, on a promis de respecter la fonction de fécondation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Observation inédite due à l'obligeance du Docteur Jean VILLAR, Chirurgien des Hôpitaux, assistant du Service de clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-André).

M... (Irène), née le 2 juillet 1912. entre au Sanatorium de Haut-Lévêque pour mal de Pott lombaire le 30 août 1934.

On ne relève dans ses antécédents héréditaires et collatéraux rien de particulier. Son père et sa mère sont en vie et bien portants. Ses quatre frères et sœurs sont aussi en bonne santé.

Quant à elle, réglée à l'âge de 12 ans, elle avait parfois des douleurs au moment des époques menstruelles. Celles-ci, depuis qu'elle est malade, présentent quelques irrégularités, on note également quelques pertes blanches.

Son affection remonte à 1931, où elle a commencé tout d'abord par se sentir fatiguée. Par la suite, elle a présenté des troubles gastro-intestinaux (constipation) et a maigri de quelques kilos. En décembre de cette même année, on lui a enlevé l'appendice, puis on lui a fait suivre un traitement physiothérapique par les rayons ultra-violets, probablement pour une péritonite bacillaire, d'après ce que dit la malade. On a constaté alors une amélioration très nette jusqu'en juillet 1933, où elle a souffert de la région lombosacrée, puis de son ventre : quelques douleurs et quelques pertes. Son médecin avait fait le diagnostic d'annexite gauche. Ces phénomènes sont rentrés rapidement dans l'ordre, et, en février 1934, les douleurs lombosacrées ont réapparu avec plus de violence et de netteté. Malgré un appareil plâtré, elle a continué à souffrir

de son dos. Elle a subi pour cela un traitement héliο-marin au Sanatorium de Labenne jusqu'en septembre 1935, où elle est rentrée à nouveau à Haut-Lévêque, et, le 29, le Professeur Rocher pratique une greffe d'Albee.

Les suites semblent être simples jusqu'en février 1936, où elle se plaint de douleurs persistantes dans le bas-ventre. Le Professeur Rocher, qui l'examine à ce moment-là, apprécie une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche. Les douleurs persistent malgré tous les traitements : corset orthopédique, 12 piqûres de cacodylate, pointes de feu, cataplasmes, rayons infra-rouges, et, le 13 mars 1937, la malade ressentant de plus en plus des douleurs dans le bas-ventre et des troubles de dysménorrhée, le Docteur Jean Villar est appelé à la voir. La malade est un peu fatiguée et légèrement fébrile. Au toucher, il trouve un utérus très antéfléchi, petit, mobile; une grosse annexe est perçue à gauche, rien à droite, et, en l'absence de tout passé génital, il fait le diagnostic de bacillose utéro-annexielle et lui conseille l'opération qu'elle refuse. On décide alors un traitement par les rayons X. Treize séances de radiothérapie profonde sont pratiquées par le Professeur Réchou, et, en novembre 1937, le Docteur Jean Villar la revoit et ne constate aucune amélioration : le traitement radiothérapique n'a donné aucun résultat. La malade continue à souffrir. L'état général reste cependant satisfaisant, plus de fièvre. La radio pulmonaire est négative, la malade réclame l'intervention.

Le 18 novembre 1937, le Docteur Jean Villar pratique l'intervention. Laparotomie médiane. On aperçoit immédiatement, de chaque côté d'un utérus petit et antéfléchi, une énorme trompe, à gauche, de la grosseur d'une petite banane, à droite un peu plus petite. La paroi est épaissie, légèrement blanchâtre, quelques petites granulations, quelques très légères adhérences véla-menteuses, qui n'empêchent nullement la mobilité des deux lésions. En effet, le doigt extériorise très facilement ces deux trompes légèrement bosselées, mobiles, de consistance molle, rénitentes, et qui font faire immédiatement le diagnostic d'abcès froid tubaire bilatéral. L'ovaire est sain de chaque côté. Pas d'autres lésions péritonéales.



OBS. I. — Pièce opératoire.
Absès froid tubaire bilatéral.

On pratique alors une hystérectomie subtotale extrêmement facile et rapide. Excellente péritonisation; fermeture de la paroi en trois plans.

Guérison *per primam*.

Suites éloignées : amélioration considérable de l'état général; engraissement de la malade, qui quitte Haut-Lévêque le 24 mai 1938 en excellent état.

La pièce, examinée au point de vue de son contenu, montre, après ponction de chaque côté, l'existence d'un pus manifestement bacillaire et aseptique à l'examen bactériologique. Pas d'inoculation au cobaye. La pièce devant être conservée n'est pas ouverte.

OBSERVATION II.

(MM. GUYOT et DARAIGNEZ, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1922.)

Sur un cas de pyosalpinx tuberculeux chez une tuberculeuse pulmonaire.

Il s'agit d'une femme de 22 ans, chétive et frêle, dont tout le passé pathologique, jusqu'à ces dernières années, se résume à des règles douloureuses survenant seulement tous les deux ou trois mois.

Il y a deux ans et demi, cette malade se met à souffrir du bas-ventre à tel point qu'elle est obligée d'interrompre son travail à plusieurs reprises.

Pas de pertes blanches, pas de réaction péritonéale. Effrayée par la perspective d'une opération possible, la malade cache son état et ne consulte aucun médecin.

Elle entre, il y a un an, au Sanatorium de Feuillas, dans le service du Docteur Leuret pour bacillose pulmonaire. Et c'est là que l'on découvre la présence d'une tumeur annexielle gauche. On lui propose un transéat dans un service de chirurgie, mais elle ne veut pas entendre parler d'opération et s'enfuit du sanatorium.

Les douleurs abdominales redoublant, elle se décide cependant

à entrer à l'Hôpital Saint-André, salle 8, en juillet 1922. Le Professeur agrégé Papin l'examine, mais, vu son état général trop précaire, la température élevée qu'atteignait chaque soir la malade (39°), il diffère l'opération et lui donne rendez-vous dans deux mois.

La malade revient à l'hôpital vers le début de novembre 1922 pour être opérée. A ce moment, son état général s'était considérablement amélioré, bien que l'auscultation pratiquée par M. le Professeur Mauriac décelât encore des lésions, d'ailleurs peu marquées, au niveau du sommet droit. Bon appétit, pas de température. Besredka négatif. Du côté de l'appareil génital, on notait, dans un cul-de-sac gauche, une bosse de la grosseur d'une petite orange, légèrement douloureuse à la pression. L'utérus ne présentait rien de particulier. Ecoulement leucorrhéique insignifiant. On porte le diagnostic de pyosalpinx gauche très probablement tuberculeux à cause de son évolution spéciale, de l'absence de signes très nets, et enfin parce que la malade était bacillaire.

L'examen des autres appareils est négatif.

Opération (10 novembre 1922). — Hystérectomie subtotale.

Rien de particulier à noter, si ce n'est une friabilité extrême de l'utérus, correspondant à la poche purulente, qui se déchire deux fois sous la pince. Quelques adhérences entre les annexes gauches et l'anse sigmoïde, qui sont très faciles à libérer.

Examen de la pièce. — Grosse poche purulente à parois très épaisses (1/2 cm.) à surface interne tomenteuse. Le pus qu'elle contient est grumeleux, en tout point semblable à du pus tuberculeux.

Un fragment de la paroi est prélevé et envoyé au Laboratoire du Professeur Sabrazès, qui répond : « Paroi parsemée d'une multitude de tubercules en activité. »

Le diagnostic clinique se trouvait confirmé par l'examen anatomo-pathologique.

OBSERVATION III.

(MM. N.-C. LAPEYRE et J. FAYOT, *Soc. d'obst. et de gyn.*, 1933, p. 76.)

Double abcès froid tubaire avec torsion d'un des pyosalpinx.

A... (Anna), jeune fille de 25 ans, entre à la clinique gynécologique de l'Hôpital Suburbain le 14 septembre 1931. Sept mois auparavant, elle a ressenti brusquement des douleurs très vives dans le bas-ventre, qui se sont accompagnées de vomissements et de fièvre; cette crise n'a duré que deux ou trois jours; dans la suite, douleurs abdominales sourdes, jusqu'au début du mois de septembre, date à laquelle se produit une deuxième crise douloureuse, plus intense et plus longue que la première; c'est à ce moment que la malade entre en clinique gynécologique.

Les règles sont abondantes, régulières, non douloureuses.

On relève dans les antécédents une pleurésie séro-fibrineuse à droite, en 1926, et une deuxième, de même nature, à gauche, en novembre 1927.

A l'examen : tout le pelvis paraît occupé par des masses dont le pôle supérieur est perçu à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elles sont dures, douloureuses et paraissent fixées. Le toucher vaginal est rendu impossible par l'intégrité de l'hymen. Le toucher rectal permet d'atteindre le pôle inférieur des masses pelviennes, qui paraissent occuper et bloquer tout le petit bassin.

Durant toute l'évolution de l'affection, la malade, à part les périodes de crise, est restée apyrétique.

Étant donné les antécédents bacillaires de la malade, le diagnostic de tuberculose génitale ne faisait pas de doute. Restait à en préciser la forme anatomique. Les caractères physiques : masses dures, douloureuses, fixées, étaient tels que l'on se crut en présence d'une de ces formes de tuberculose génitale ulcéro-caséuse qui, faisant un seul bloc des organes et des parois du petit bassin, ne se prêtent nullement à l'exérèse chirurgicale.

On entreprit donc le traitement médical, en se réservant d'intervenir au cas où il ne donnerait pas de résultats suffisants.

En septembre et octobre 1931, traitement par la méthode de Finikoff : 8 injections de 10 cm³ d'huile et de 1 cm³ de teinture d'iode; absorption de sels de calcium.

En novembre, 30 séances de rayons ultra-violets.

A la suite de ces traitements, les masses pelviennes paraissent diminuer de volume; leur pôle supérieur s'abaisse, si bien qu'on parvient difficilement à l'atteindre par le palper. D'autre part, la malade accuse une diminution très nette de ses douleurs.

Ces résultats nous encouragent à poursuivre le traitement médical. On fait, en décembre, 6 injections de vaccin de Vaudremer.

En mars 1932, la malade, qui était restée apyrétique et ne souffrait presque plus, présente une crise douloureuse abdominale analogue à celles qui avaient marqué le début de sa maladie, avec vomissements et fièvre, d'une durée de quelques jours. En juin, réapparition de douleurs sourdes et continues. Comme, d'autre part, on constate que les masses pelviennes, bien que paraissant beaucoup moins considérables qu'au début, ne régressent plus depuis plusieurs mois, on décide de faire une laparotomie pour préciser la nature anatomique des lésions et réaliser tout au moins l'exposition à l'air, si l'exérèse apparaissait impossible.

Le 20 juin 1932, intervention sous rachi-anesthésie (12 cg. de syncaïne). Laparotomie sous-ombilicale médiane. Le péritoine pelvien est dépourvu de toute lésion tuberculeuse, sauf au niveau d'une zone très réduite de l'utérus, où l'on aperçoit quelques granulations; ce fait mis à part, l'utérus est normal. Les deux trompes sont renflées chacune en un pyosalpinx qui a la forme et le volume d'une petite aubergine et qui est rattaché à l'utérus par la portion isthmique étirée, allongée, et qui paraît indemne. A gauche, la trompe a basculé dans le Douglas; à droite, le pédicule du salpinx s'est tordu d'un tour et demi. L'ovaire droit est kystique, l'ovaire gauche paraît à peu près sain. Il n'y a aucune espèce de lésions péritubaires, aucune adhérence, sauf au niveau du pédicule tordu, sur lequel s'est fixée une bride épiploïdique.

On pratique à gauche une salpingectomie; à droite, une castration; on laisse donc en place l'utérus et l'ovaire gauche.

Fermeture en trois plans. Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV.

(MM. DELORE et AIGROT, *Lyon médical*, 5 juill. 1921.)

Double abcès froid tubaire opéré quatorze ans après une poussée de tuberculose péritonéale.

Malade âgée de 33 ans. Mariée depuis plusieurs années, sans enfant. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : père mort d'apoplexie, mère morte cardiaque. Frères et sœurs bien portants. Dans les antécédents personnels, on relève une rougeole dans l'enfance, l'apparition des règles à 13 ans, toujours irrégulières, et, à 19 ans, une hospitalisation à Saint-Joseph de un mois et demi, pour une affection abdominale dont la description faite par la malade se rapporte exactement à celle d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Peu à peu, le ventre diminua de volume, et la malade sembla guérie. Elle se maria, mais néanmoins elle souffrait de temps à autre. Les règles, irrégulières, étaient pénibles, et, vers 30 ans, c'est-à-dire deux ans après cet orage péritonéal, les douleurs devinrent plus vives dans le petit bassin, dans la fosse iliaque, avec des sensations de pesanteur et de tension continuelles. Cet état de chose dura trois ans, et la malade se décida alors à entrer à l'hôpital.

A l'examen, la palpation de l'abdomen, facile parce que la paroi était souple, donnait un peu de douleur dans la fosse iliaque droite. Le toucher permettait de sentir un col un peu mou et, dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs, deux masses allongées. A droite, la masse était douloureuse, à limites imprécises. A gauche, on arrivait à mieux la délimiter et on songeait à une annexite bilatérale compliquée de réactions appendiculaires.

A l'intervention, après laparotomie sous-ombilicale médiane, on

tombe sur un péritoine en symphyse. En décollant les anses agglutinées entre elles, on arrive dans le péritoine pelvien, qui est plus libre. Les trompes sont dilatées, de la grosseur du pouce, peu adhérentes. En raison de leurs lésions, on pratique une hystérectomie subtotal. La péritonisation se fait assez facilement, le ventre est ferme sans drainage.

A la coupe, les deux trompes, sans avoir des parois très épaisses, sont bourrées d'une matière molle, jaunâtre, semblable à du mastic à demi liquide. C'est évidemment du caséum tuberculeux.

Un fragment de la paroi tubaire prélevé est envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique, qui, le 22 février, donne la réponse suivante : « Trompes tuberculeuses, larges nappes caséuses entourées de nodules tuberculeux avec cellules géantes. »

Les suites opératoires auraient été très simples si, vers le seizième jour, la malade n'avait pas eu une perte sanguine très abondante, qui céda d'ailleurs à une mèche vaginale et qui ne se reproduisit plus.

OBSERVATION V.

(M. PATEL, *Lyon chirurgical*, 15 avril 1920.)

Abcès froid unilatéral. Castration unilatérale. Quatre mois après, l'autre trompe est prise.

Jeune femme de 20 ans, toujours bien portante. Réglée à 13 ans, régulièrement. Elle s'était aperçue que, depuis un an, les règles augmentaient de fréquence et survenaient tous les dix-huit ou vingt jours.

A cette époque, à la suite d'une grippe légère, elle se mit à souffrir de l'abdomen. C'est au cours de l'examen que son médecin, le Docteur Daryat, constate la présence d'une tuméfaction abdomino-pelvienne volumineuse et me l'adresse.

Il existait, en effet, une tumeur régulière, lisse, mobile, indépendante de l'utérus, atteignant le volume d'une tête d'enfant. La jeune femme paraissait bien portante, sans aucun antécédent

suspect; je pensais à un kyste de l'ovaire et lui conseillais une intervention.

L'opération fut faite le 19 avril 1919. J'extirpais un volumineux abcès froid tubaire droit. La trompe était distendue fortement, et l'ovaire étalé sur elle était méconnaissable. L'abcès contenait 500 grammes d'un liquide purulent analogue à celui d'un abcès froid. Les annexes gauches étaient absolument saines, sans aucun point suspect. Etant donné le jeune âge de la malade, je fis une castration unilatérale.

La guérison se fit sans incident.

Mais, un mois après l'opération, des douleurs réapparurent dans l'abdomen, et lorsque je revis la malade trois mois après, je constatais une tuméfaction analogue à la précédente et plus volumineuse encore. Le diagnostic d'abcès froid tubaire gauche s'imposait.

L'intervention permit de constater une tuméfaction analogue à la précédente, plus volumineuse encore, puisque ce nouvel abcès froid tubaire gauche contenait 700 grammes de pus d'abcès froid. Je procédai à une castration totale avec hystérectomie.

OBSERVATION VI.

(M. HAMANT, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1924, p. 69.)

Abcès froid tubaire. Torsion.

Mme J... (M.), 22 ans, a toujours joui d'une santé relativement bonne. Sans être très robuste, elle n'a jamais été arrêtée dans sa vie courante de ménagère à l'aise.

Réglée à 13 ans régulièrement, mais avec quelques douleurs, elle se marie à 20 ans et ne signale rien d'anormal jusqu'au mois d'avril 1923.

A ce moment, elle ressentit tout à coup une douleur assez vive dans le flanc gauche. Cette sensation pénible persiste sans arrêt, mais sans exacerbation (fin octobre 1923).

Je fus appelé à examiner la malade précisément en raison de

cette douleur persistante et pus percevoir, par le palper abdominal, et mieux encore par le palper et le toucher combinés, une tumeur peu douloureuse, du volume d'une belle aubergine, placée contre les parois du bassin.

Du côté droit, il existait une masse moins volumineuse apparemment, nullement douloureuse et perceptible seulement par le toucher rectal.

Etant donné l'histoire de la malade, je pensais à la possibilité d'une salpingite bacillaire et prévins le mari des possibilités d'une exérèse totale des organes génitaux. Le ménage désirant des enfants, cette solution lui agréait peu, mais, se pliant aux circonstances, était prêt à toute éventualité.

20 octobre 1923 : Laparotomie sous rachi-anesthésie. Nous constatons tout de suite à gauche l'existence d'une trompe volumineuse tordue trois fois sur son pédicule et recouvrant la trompe droite, tombée dans le Douglas. Etant donné que les lésions ne paraissaient commencer que 3 ou 4 centimètres au-delà de l'utérus, qu'il s'agissait d'une femme jeune, désireuse d'avoir des enfants, de santé relativement bonne, sans tare bacillaire appréciable, que la famille, prévenue d'une possibilité de récédive, consentait à l'épreuve d'un traitement conservateur, nous avons pratiqué l'intervention suivante :

Ablation des deux abcès froids tubaires, puis, par le moignon des trompes, section double permettant d'obtenir quatre valves qui furent fixées du côté utérin, de telle sorte que, au lieu d'un petit orifice, nous avons une sorte d'entonnoir faisant communiquer la cavité abdominale avec l'utérus, par une petite trompe de deux centimètres de longueur environ. Les ovaires furent fixés aux environs du nouveau pavillon. Suture soignée par la paroi abdominale en trois plans.

Les suites furent d'une simplicité idéale. Pas la moindre réaction thermique. Les agrafes enlevées le huitième jour, la malade se levait le dixième et reprenait en partie ses occupations une dizaine de jours après. Elle continue à bien aller. Les règles étaient réapparues normalement le huitième jour après l'opération, sans douleur, ne s'accompagnant d'aucun phénomène anormal.

OBSERVATION VII.

(M. BURGER, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929.)

Gros pyosalpinx tuberculeux.

L'auteur présente un énorme pyosalpinx de 25 centimètres sur 10 d'épaisseur, provenant d'une jeune fille de 21 ans, dont l'anamnèse ne présente rien de particulier, à part quelques douleurs parfois assez vives à droite depuis six mois environ. Pas de troubles du côté des règles. A l'examen, on trouve un petit utérus haut situé, refoulé derrière la symphyse par une tumeur kystique de la grandeur de deux poings, remplissant surtout le côté droit du Douglas et se perdant vers la fosse iliaque droite d'une façon très nette.

On pose le diagnostic de kyste ovarien, faisant des symptômes douloureux, soit par tiraillements ou peut-être par torsion lente.

Lors de l'opération, on trouve, complètement libre d'adhérences, une énorme trompe, présentant une forme de cornue et se composant de parties dures, noduleuses, et d'autres ramollies, pâteuses ou presque kystiques. Du côté gauche, on constate une tumeur analogue comme forme et consistance, seulement beaucoup moins volumineuse. Cet aspect assez caractéristique de la trompe, d'abord, en forme de massue, de cornue, avec des parties dures et noduleuses, d'autres molles genre dermoïde, nous fait poser le diagnostic de tuberculose. On extirpe à droite la trompe seule dans la corne utérine et à gauche les annexes, vu qu'il y a quelques adhérences entre la trompe et les ovaires.

L'examen histologique confirme le diagnostic de tuberculose. On trouve une quantité de petits lymphomes avec cellules géantes.

OBSERVATION VIII.

(M. MOREL, *Lyon médical*, 1919, CXXVIII, p. 643.)

Abcès froid tubaire ayant simulé un kyste de l'ovaire.

OBSERVATION IX.

(M. E. THIERS, *La Provence médico-chirurgicale*, janv. 1928, n° 1, p. 20.)

Abcès froid tubaire rompu ayant simulé une rupture de grossesse extra-utérine. Castration abdominale totale.

OBSERVATION X.

(M. ABADIE, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1911.)

Abcès froid tubaire unilatéral. Castration unilatérale Guérison de deux ans.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès froids tubaires réalisent une affection de la première partie de la vie. Ils surviennent chez des femmes sans passé génital, ayant eu souvent une atteinte discrète d'imprégnation bacillaire.

II. — Ils sont le résultat d'une tuberculose atténuée.

III. — Leur évolution est silencieuse et les symptômes sont frustes. Le diagnostic en est difficile et les erreurs sont fréquentes, ce qui entraîne parfois de fâcheuses conséquences thérapeutiques. On doit être guidé par l'absence ou le peu d'altération de l'état général, quand l'examen génital révèle une ou deux tumeurs indolores, dépressibles, de situation pelvienne ou abdomino-pelvienne, pour poser leur diagnostic.

IV. — La rupture, complication dangereuse, est heureusement très rare. La torsion, un peu plus fréquente, n'aggrave pas sérieusement le pronostic.

V. — Le traitement est uniquement chirurgical : hystérectomie subtotale, sans drainage, avec cure postopératoire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU. BON À IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1938.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Abscès froid tubaire unilatéral. Castration unilatérale. Soc. d'obst. et de gyn., 1911.
- ALBERTIN. — Des abcès froids tubaires. *Lyon chirurgical*, 1908.
- AMANN. — Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Rome, 1902, t. VI, p. 936 à 998.
- BÉGOUIN. — La tuberculose utéro-annexielle. *Gynécologie et obstétrique*, 1933, p. 466.
- BERTRAND. — Des abcès froids tubaires. Thèse Lyon, 1908.
- BINET et DUROCH. — Soc. d'obst. et de gyn., Nancy, 1921, p. 697.
- BROCC. — Traitement de la tuberculose utéro-annexielle. *Gynécologie et obstétrique*, août 1933.
- BURGER. — Gros pyosalpinx tuberculeux. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Strasbourg, 1929, p. 444.
- CAMELOT. — Sur un cas de rupture de pyosalpinx tuberculeux. In thèse Porcher, Lille, 1930.
- CHASTENET DE GÉRY. — Société nationale de chirurgie, 1927, p. 558.
- CHAUFONT. — La tuberculose annexielle. Thèse Paris, 1905.
- CONDAMIN. — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. Thèse Lyon, 1908.
- DANIEL. — La tuberculose utéro-annexielle. *Gynécologie et obstétrique*, 1933, p. 459.
- DELORE et AIGROT. — Double abcès froid tubaire opéré quatorze ans après une poussée de tuberculose péritonéale. *Lyon médical*, 5 juill. 1921.
- DENTU (LE) et DELBET. — La tuberculose des annexes. *Gynécologie*, 1916.
- ELOY. — Les abcès froids tubaires. Thèse Lille, 1919.
- FAURE (J.-L.). — Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Rome, 1902.
- GUYOT et DARAIGNEZ. — Sur un cas de pyosalpinx tuberculeux chez une tuberculeuse pulmonaire. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 1922, p. 721.

- GUYOT. — Rapport au Congrès de gynécologie, 1933. *Gynécologie et Obstétrique*, p. 471.
- GUYOT et Jean VILLAR. — La castration chez les bacillaires. Soc. de gyn. de Bordeaux, 1929.
- HAMANT. — Abscès froid tubaire bilatéral. *Bull. d'obst. et de gyn.*, Nancy, 1924, p. 69.
- JAMIN et VIOLET. — *Lyon médical*, 1904, p. 457.
- LABBÉ. — Les annexites tuberculeuses méconnues. Thèse Bordeaux, 1920.
- LAPEYRE. — Double abcès froid tubaire avec torsion d'un des pyosalpinx. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1933, p. 76.
- LENORMANT et MOULONGUET. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, t. II, p. 396.
- MENGE et BAILLEUL. — Abscès froid des trompes avec deux litres de liquide. Société anatomique, 19 janv. 1924.
- MOREL. — Abscès froid tubaire ayant simulé un kyste de l'ovaire. *Lyon médical*, 1919.
- PATEL. — Abscès froid unilatéral. Castration unilatérale. Quatre mois après l'autre trompe est prise. *Lyon chirurgical*, 15 avril 1920.
- PICQUÉ et ABADIE. — Société nationale de chirurgie, 1911, p. 1238.
- SCHOEDER. — *Zünt. Gyn.*, 1901, p. 1168.
- THIERS. — Abscès froid tubaire rompu ayant simulé une rupture de grossesse extra-utérine. Castration abdominale totale. *La Provence médico-chirurgicale*, 1928, n° 1, p. 20.
- THOMAS. — Soc. d'obst. et de gyn., Strasbourg, 1923.
- VANVERTS et PAUCOT. — A propos de l'abcès froid tubaire. *Rev. mens. de gyn., d'obst. et péd.*, juin 1911, p. 313 à 324.
- VILLAR (Jean). — Les limites actuelles du traitement chirurgical de l'insuffisance ovarienne. *Journ. médical français*, févr. 1938.
- WASER. — *Zünt. Gyn.*, 1927, p. 2210.
- WEIN et MATHIEU. — Torsion d'un pyosalpinx tuberculeux. Soc. d'obst. et de gyn., Nancy, 1922, p. 282.

BORDEAUX

IMPRIMERIES DELMAS

6. PLACE SAINT-CHRISTOLY, 6

20876—4938
